UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 16

A PROPOS DE DEUX CAS D'EXSTROPHIE DE LA VESSIE AVEC SURVIE PROLONGÉE CONSIDÉRABLE SANS OPÉRATION

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 11 Décembre 1920

PAR

TORELLI (Michel-Gaston)

Né à Castellare-di-Casinca (Corse), le 4 mars 1890

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

ESTOR, Professeur, *Président.*
JEANBRAU, Agrégé libre.
EUZIÈRE, Agrégé. } *Assesseurs.*
LAPEYRE, Agrégé.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1920

A PROPOS DE DEUX CAS
D'EXSTROPHIE DE LA VESSIE
AVEC SURVIE PROLONGÉE CONSIDÉRABLE
SANS OPÉRATION

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 16

A PROPOS DE DEUX CAS D'EXSTROPHIE DE LA VESSIE

AVEC SURVIE PROLONGÉE CONSIDÉRABLE SANS OPÉRATION

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 11 Décembre 1920

PAR

TORELLI (Michel-Gaston)

Né à Castellare-di-Casinca (Corse), le 4 mars 1890

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse	ESTOR, Professeur, *Président.*	*Assesseurs.*
	JEANBRAU, Agrégé libre.	
	EUZIÈRE, Agrégé.	
	LAPEYRE, Agrégé.	

MONTPELLIER

IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse.— Téléphone : 8-78

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. DERRIEN (✻)	DOYEN.
FORGUE (O. ✻)	ASSESSEUR.
N...	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (O. ✻).
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT (✻).
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (O. ✻).
Clinique ophtalmologique	TRUC (O. ✻).
Physiologie	HEDON (✻).
Histologie	VIALLETON.
Clinique médicale	DUCAMP (✻).
Anatomie	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✻).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES (✻).
Anatomie pathologique	MASSABUAU (✻✻)
Chimie biologique et médicale	DERRIEN (✻).
Microbiologie	LISBONNE.
Clinique médicale	VEDEL.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET.
Pathologie interne	N...
Médecine légale et toxicologie	N...

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.
Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (✻).
Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique des mal. des voies urinaires.	JEANBRAU (O. ✻✻), a. l. (ch. de c.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN ✻✻, a. l. (ch. de c.)
Pathologie externe	ETIENNE, agrégé (ch. de c.).
Clinique ann. des mal. des vieillards	EUZIERE, agrégé (ch. de c.).
Accouchements	P. DELMAS, agrégé (ch. de c).
Stomatologie	WATON (✻ ✻) (D[r]) (ch. de c.).
Clinique ann. des mal. syph. et cutanées.	N...
Matière médicale	N...

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ETIENNE.
GRYNFELTT (✻).	P. DELMAS.	MESTREZAT.
LEENHARDT.	EUZIERE.	MARGAROT.
GAUSSEL (✻✻).	J. DELMAS (✻).	LAPEYRE.
RICHE (✻).	RIMBAUD (✻).	STROHL.

Examinateurs de la thèse :

MM. ESTOR, profes., présid[t]; JEANBRAU, agrégé libre ; EUZIÈRE, agrégé ; LAPEYRE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA TANTE

A LA MÉMOIRE DE MES COUSINS :

MATHIEU, PIERRE-MARIE ET BASTIEN GIANNINELLI

MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

A MON PÈRE, A MA MÈRE CHÉRIS

Faible témoignage de ma profonde affection.

A MES FRÈRES, A MA SŒUR,
A MES BELLES-SŒURS

Affectueusement.

A MA GRAND'MÈRE

A MON ONCLE, A MA TANTE, A MES COUSINS

A MES PARENTS, A MES AMIS

G. TORELLI.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE MARSEILLE

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

Respectueux témoignage.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ EUZIÈRE

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEANBRAU

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAPEYRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. DELORD

INTERNE DES HÔPITAUX DE MONTPELLIER

G. TORELLI.

AVANT-PROPOS

Il nous est doux de rappeler, à la première page de cette thèse, ce que nous devons à nos chers parents : Ils nous ont permis d'entreprendre et de mener à bien nos études médicales, nous prodiguant sans cesse leurs encouragements affectueux. Ils savent que nous ne l'oublierons jamais.

A nos maîtres, qui ont dirigé nos efforts avec tant de bienveillance, va toute notre gratitude.

Nous prions M. le professeur Estor, qui nous a fait l'honneur de présider notre jury de thèse, de bien vouloir trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

M. le professeur agrégé Euzière nous a accueilli avec une amabilité et une bienveillance pour lesquelles nous le remercions vivement.

Merci aussi à notre confrère le docteur Delord, interne des hôpitaux, dont les conseils nous ont été si utiles.

Comment pourrions-nous oublier — sachant par expérience ce qu'ils ont souffert — les morts de la Grande Guerre? Vers eux va notre souvenir ému. Nous nous inclinons tout particulièrement devant la mémoire des camarades du corps médical — trop nombreux, hélas! — morts au Champ d'honneur.

A PROPOS DE DEUX CAS
D'EXSTROPHIE DE LA VESSIE
AVEC SURVIE PROLONGÉE CONSIDÉRABLE
SANS OPÉRATION

INTRODUCTION

L'exstrophie de la vessie, affection rare — il y en aurait 2 cas pour 100.000 naissances, — décrite pour la première fois par Schenck au XVI[e] siècle, n'a été individualisée que plus tard, en 1767, par Devilleneuve. Celui-ci reconnut les orifices urétéraux, et comprit qu'il s'agissait non d'une hernie de la vessie intacte, comme on le croyait avant lui, mais bien d'une inversion de la face postérieure. En 1780, Chaussier donna à l'affection le nom d'exstrophie, qui lui est resté.

Nous en rapportons plus loin deux observations, avec survie considérable, sans opération. Dans les deux cas, les malades, deux hommes, ont vécu dans des conditions aussi bonnes que possible, et il est tout naturel de se demander quels avantages ils auraient retirés d'une intervention chirurgicale.

Après avoir rappelé la définition, l'anatomie pathologique et la symptomatologie de l'exstrophie de la vessie.

nous dirons un mot des diverses opérations préconisées et tentées pour remédier à ses inconvénients et de leurs résultats, puis nous relaterons les deux observations dont il est question plus haut, enfin nous nous demanderons en terminant si, oui ou non, il convient d'intervenir, et dans l'affirmative quels nous semblent le ou les procédés de choix.

On ne trouvera ici rien qui concerne la pathogénie de l'affection qui nous occupe ; des considérations de cet ordre ne nous auraient été, en l'espèce, que d'une utilité minime. Nous avons décidé de les laisser de côté. Nous nous en voudrions, toutefois, de passer sous silence les beaux travaux de MM. les professeurs Gilis et Vialleton qui ont élucidé, presque complètement, ce difficile chapitre d'embryologie. Nous regrettons de ne pouvoir que les mentionner.

L'EXSTROPHIE DE LA VESSIE

Définition. — « On désigne sous ce nom une difformité congénitale de l'appareil urinaire, caractérisée par ce fait que, la paroi antérieure de la vessie venant à manquer, la paroi postérieure se montre à l'hypogastre, faisant entre les muscles droits une saillie plus ou moins marquée » (Legueu).

Anatomie pathologique. — A l'hypogastre, sur la liste médiane on note la présence d'une tumeur rougeâtre, à surface irrégulière, qui bombe pendant les efforts, diminue de volume dans la position horizontale, mais ne disparaît jamais, sauf momentanément quand on exerce sur elle une pression suffisante. C'est la face postérieure de la vessie qui, refoulée en avant par la pression abdominale, se montre par son côté muqueux. A la partie inférieure de la saillie, deux orifices laissent couler par intervalles un liquide qui n'est autre chose que l'urine : ce sont les orifices urétéraux. Les uretères sont ordinairement dilatés et congestionnés. Entre la muqueuse et la peau abdominale se voit un mince liseré blanc cicatriciel.

L'ombilic abaissé est souvent caché par le bord supérieur de la tumeur. La veine ombilicale est plus longue que normalement, les artères au contraire plus courtes et de calibre plus réduit, l'une des deux pouvant manquer. L'ouraque manque souvent, ainsi que la prostate et le sphincter vésical. Quand il existe, ce dernier est considérablement atrophié. Le cul-de-sac péritonéal recto-vésical est très développé.

Du côté des organes génitaux, on note les particularités suivantes :

Chez l'homme, l'épispadias est constant. La verge, courte, est attirée vers l'abdomen ; en l'écartant on aperçoit l'embouchure des canaux éjaculateurs. L'urètre ouvert en haut est transformé en gouttière. Les corps caverneux sont isolés, sauf à la partie inférieure où la muqueuse urétrale les unit. Le prépuce, très développé, pend sous le gland bifide. Le scrotum, normal quant à la forme, mais petit, est presque toujours inhabité, les testicules étant généralement en ectopie inguinale ou abdominale. Les vésicules séminales manquent ou sont atrophiées.

Chez la femme, les grandes, les petites lèvres et les racines du clitoris sont écartées. Le vagin et l'utérus sont quelquefois doubles.

Du côté du bassin, on note d'abord la disjonction de la symphyse pubienne. L'écartement des deux pubis, qui est ordinairement de 3 centimètres, peut dans certains cas atteindre 12 centimètres. L'articulation sacro-iliaque par contre est très solide, trop solide.

Variétés. — La description qui précède correspond à l'exstrophie complète, qui comprend la presque généralité des cas. On a signalé pourtant les variétés suivantes: fissure vésicale inférieure, fissure vésicale supérieure

et ectopie de la vessie intacte. De ces formes exceptionnelles, nous ne dirons rien, nous contentant de rappeler en passant que la fissure vésicale inférieure, qu'on n'a observée que chez la femme, se rapproche beaucoup de l'épispadias féminin.

Symptomatologie. — Le symptôme essentiel est l'incontinence d'urine. Celle-ci s'écoulant constamment souille les vêtements qui répandent une odeur sui generis et macèrent la peau, occasionnant des érythèmes.

Les désirs vénériens sont peu marqués. Le coït n'est guère possible d'ailleurs que chez la femme. Quelques cas d'accouchement ont été signalés ; ils sont suivis d'abaissement et de prolapsus définitif de l'utérus.

Par suite de l'élargissement du bassin, la démarche des exstrophiés rappelle celle des gens atteints de luxation congénitale double de la hanche.

Pronostic. — Il est grave du fait de l'infection rénale ascendante qui guette les malades et les atteint tous dans des délais plus ou moins longs. Nous verrons plus loin jusqu'à quel point un traitement approprié peut modifier ce pronostic. Les malades, constamment mouillés, sont exposés en outre aux affections pulmonaires.

TRAITEMENT

Des appareils spéciaux en caoutchouc durci, en argent doré, sont employés depuis longtemps pour lutter contre l'incontinence d'urine. Ils comprennent deux parties : une cuvette protégeant la muqueuse et un réservoir à la partie déclive, où sont recueillies les urines. Ils ont rendu et rendent encore de grands services, mais ne peuvent être considérés comme des moyens de traitement.

Les méthodes sanglantes peuvent se classer, d'après Katz, comme suit :

1° Méthode autoplastique à lambeaux cutanés.
2° Méthode autoplastique à lambeaux muqueux.
3° Méthode de suture directe des marges de la vessie.
4° Méthode de dérivation des urines.

1. Méthode autoplastique à lambeaux cutanés

On se propose simplement de mettre à l'abri la muqueuse vésicale si irritable : le malade portera par la suite un urinal qui s'adaptera d'ailleurs plus facilement.

On emploie soit un simple, soit un double plan de lambeaux.

1° Procédé à simple plan de lambeaux

Un lambeau taillé sur le scrotum est rabattu sur la tumeur, la face cruentée tournée vers l'extérieur, et suturé à ses bords (Jules Roux).

Billroth et Thiersh tournent la face cruentée vers la profondeur ; ils attendent la cicatrisation de cette face, avant de faire les sutures, pour éviter la rétraction.

2° Procédé à double plan de lambeaux

Un lambeau abdominal est retourné sur la muqueuse, puis la face cruentée, qui est superficielle, est recouverte à son tour, soit par un lambeau scrotal (Richard), soit à l'aide de deux lambeaux qui disséqués, sauf à leur base, de chaque côté de la ligne médiane, sont amenés en contact par leurs bords internes libres qui sont suturés (Wood).

Pour être sûr que la muqueuse sera recouverte, ou mieux, pour éviter que la rétraction ne la découvre en partie en bas, il convient de faire en même temps la cure de l'épispadias. Le prépuce si volumineux, transpercé à la base, est ramené par-dessus la verge, suturé aux bords avivés de la gouttière pénienne, d'abord, puis au bord inférieur des lambeaux abdominaux recouvrant l'exstrophie, ensuite (Le Fort). On peut encore, poussant plus loin, réduire la hernie vésicale, la fermer et reconstituer en avant d'elle la paroi abdominale en reportant les insertions des muscles droits de dehors en dedans (Pozzi).

Résultats. — Ces divers procédés sont d'une bénignité absolue. Katz signale bien 13 décès sur 107 opérations ; il ne faut pas oublier cependant que tous ces cas de mort, sauf un, remontent à la période préaseptique.

Mais le danger d'infection n'est pas écarté, et d'autre part les poils et la desquamation de l'épiderme qui regarde la profondeur favorisent la formation de calculs phosphatiques, et c'est là un gros inconvénient.

II. Autoplastie à lambeaux muqueux

Pour l'éviter, on n'emploie que des lambeaux muqueux et le plus simple c'est de s'adresser à la muqueuse vésicale elle-même. La vessie, disséquée jusqu'aux environs de l'embouchure des uretères, est réséquée en partie, puis suturée aux bords avivés de la gouttière pénienne (Segond). Afin d'assurer à ce lambeau vésical une vitalité plus grande, Pousson conseille de disséquer jusqu'au péritoine inclus. On termine par la cure de l'épispadias selon le procédé de Le Fort. Duplay fait d'abord la cure de l'épispadias, puis suture la vessie à elle-même et enfin réunit les deux cavités.

Résultats.— Bénignité très grande ici aussi ; mais le sphacèle des lambeaux très fréquent fait que les sutures ne tiennent pas toujours, et ceci est à craindre surtout chez l'enfant.

III. Méthode de suture directe des marges de la vessie

Pourquoi ne pas essayer de refaire une vessie continente ? Il a semblé à quelques chirurgiens qu'il n'y avait pour cela qu'à « refouler dans l'abdomen la saillie constituée par la paroi postérieure de la vessie, fermer la

vessie en juxtaposant les lèvres de la fissure et reconstituer le col avec un sphincter » (Legueu).

L'opération tentée par Gerdy, Billroth, Rigaud, etc., sans autre préparation n'est pas à conseiller. Les sutures lâchent en général. Sur 17 cas, elles ne tinrent qu'une fois (Katz).

Pour éviter cela, on a voulu d'abord rapprocher les pubis, soit en exerçant des pressions sur les os coxaux à l'aide d'une gouttière ou d'une ceinture (Passavant), soit en détruisant d'abord les ligaments de l'articulation sacro-iliaque et en exerçant des pressions ensuite, comme précédemment (Trendelenburg), soit en faisant une ostéotomie double au-dessus des échancrures sciatiques (Berg), soit une résection du pubis au niveau des insertions du muscle droit (Schlange), etc.

Résultats. — Ils sont loin d'être brillants. Pour l'opération de Trendelenburg, Pousson signale 4 morts sur 16 cas et Katz 5 morts sur 23. Toutes ces opérations, sauf peut-être celle de Schlange, sont très graves, et à quoi aboutit-on ? A l'incontinence.

On veut reconstituer le sphincter vésical ; or, comme le fait justement remarquer Legueu, ou il n'existe pas, ou il est tellement atrophié qu'on ne peut tabler sur lui. Il convient toutefois de retenir le cas de Delagenière, où le résultat fut parfait.

IV. Méthode de dérivation des urines

Il semble donc qu'il faille renoncer à l'idée si séduisante de refaire une vessie continente, aussi a-t-on été amené à dériver le cours des urines.

La dérivation vers la peau expose à l'atrésie des orifices urétéraux.

La dérivation vers la gouttière pénienne a été réalisée par Sonnenburg.

Rocher (de Bordeaux) a pu montrer, aux auditeurs de son cours de vacances d'octobre 1920, un très joli résultat opératoire obtenu en deux séances.

1er Temps : Transplantation pénienne des uretères à l'extrémité de la verge atrophiée.

2e Temps : Après plusieurs jours, résection de la paroi postérieure de la vessie. La plaie sus-pubienne est recouverte par un lambeau pris au niveau de la région inguino-abdominale. Un appareil facilement applicable recouvrait la verge et pouvait recueillir toutes les urines qui ne souillaient pas du tout le malade.

On le voit, cette opération ne diffère de celle de Sonnenburg que par le lieu d'abouchement des méats urétéraux : ici on abouche à l'extrémité de la verge, là à la racine. Le résultat n'est pas négligeable au point de vue fonctionnel, mais le danger d'infection subsiste et il se formerait en outre des calculs phosphatiques au niveau des orifices urétéraux.

La dérivation vers l'intestin, faite en vue d'utiliser le sphincter anal, a été de beaucoup la plus employée. A retenir d'abord une règle bien établie par les expériences de Novaro, Morestin et Tuffier : Il ne faut aboucher les uretères dans l'intestin, milieu éminemment septique, que munis de leurs moyens de défense : leurs sphincters.

Deux procédés ont été utilisés :

La fistule urétéro-rectale ;

La fistulisation vésico-rectale.

1° **Fistule urétéro-rectale. Urétéro-rectostomie**

« La cavité péritonéale est ouverte sur le bord de la vessie exstrophiée et la paroi vésicale est réséquée à l'exception d'un segment ovale renfermant les orifices des uretères. Chez la femme, la vessie est alors libérée de l'utérus, et chez l'homme, elle est sectionnée au-dessous des insertions du corps caverneux. De la sorte, la portion de la vessie correspondant aux orifices des uretères est complètement mobilisée. De fines sondes ayant été préalablement introduites dans les uretères, on a ainsi deux pédicules constitués par les conduits, leurs vaisseaux et le tissu conjonctif périphérique. A ce moment l'S iliaque est attiré, une incision longitudinale est pratiquée sur sa convexité et la portion vésicale pédiculisée est insérée entre les lèvres de la brèche colique ; les muqueuses sont suturées ensemble et la séreuse intestinale est réunie à la musculeuse vésicale. L'intestin ayant été réduit dans l'abdomen, l'opération est terminée par la fermeture du ventre » (Legueu). C'est l'opération de Maydl.

Signalons immédiatement non les modifications diverses apportées à cette opération et qui n'ont pas d'importance, mais la technique qui « consiste à disséquer les uretères avec une petite portion du trigone sans ouvrir la séreuse, puis à les attirer vers la portion extra-péritonéale du rectum à laquelle on les suture séparément, ou dans laquelle on les introduit sans faire de suture ».

Résultats. — Cette technique n'a pas peu contribué à diminuer la gravité immédiate de l'opération de Maydl qui est indéniable. La mortalité aurait passé, d'après Buchanan, de 30 p. 100 à 11 p. 100 seulement :

Opération de Maydl : 23 morts sur 80 opérés ; modifiée : 3 morts sur 26 opérés.

Il convient de noter toutefois que cette technique n'est pas si simple qu'elle le paraît. La résection du moignon de vessie oblige souvent à ouvrir le péritoine.

Au point de vue fonctionnel, de gros avantages sont acquis : le rectum retient assez longtemps les urines qui sont émises avec les matières fécales ou seules, à intervalles plus ou moins longs. Le malade est averti, éprouvant le besoin d'aller à la selle. Exceptionnellement cette continence du rectum peut elle-même disparaître.

Le danger d'infection lui-même n'est pas si à craindre qu'on le croirait. Sur 98 opérés Buchanan en voit 64 en bonne santé, dont 10 de trois à six ans après l'opération, 15 de six à douze ans après.

2° Fistulisation vésico-rectale

On se propose de dévier les urines sans toucher aux uretères, en faisant communiquer largement la vessie avec le rectum. Le procédé de choix consiste à inciser la vessie, puis le rectum, et à pratiquer la suture de la bouche anastomotique (Pousson).

Chez la femme cette opération n'est pas praticable, et chez l'homme même des précautions sont à prendre à cause du développement exagéré du cul-de-sac péritonéal vésico-rectal.

Signalons enfin que des chirurgiens, poussés par le désir d'éviter plus sûrement l'infection, ont proposé d'isoler le bout d'intestin où seront recueillies les urines. Nous ne ferons que mentionner sans les décrire les procédés de Soubottin et de Diakonow. Ils sont ingénieux, mais représentent une complication au point de vue opératoire.

OBSERVATIONS

Observation I

(Due à l'obligeance de MM. Euzière et Delord. — Communiquée à la Société de Biologie de Montpellier.)

Un malade entré le 18 avril dernier (1914), dans le service des incurables de l'hôpital général, y est mort trois jours après. La brièveté de ce séjour ne nous a pas permis de l'examiner comme nous l'aurions voulu, pendant sa vie. La volonté de sa famille s'est opposée à nos investigations après la mort. Voici pourquoi l'observation que nous apportons est incomplète, privée des photographies, radiographies et protocole d'autopsie que nous aurions voulu y joindre.

Les détails que nous allons rapporter n'ajouteront rien au titre même de la communication qui dit bien tout l'intérêt du cas : Notre malade avait une exstrophie complète de la vessie et il a vécu 44 ans.

Alexandre C... est né à Montpellier, le 22 février 1871. Sa mère a eu six enfants : cinq ont été normalement conformés ; lui seul fit exception. Il a souvent entendu

attribuer son infirmité à un violent traumatisme que sa mère subit, alors qu'elle le portait dans son sein. Mais sur l'époque et la nature de ce choc il ne peut donner aucun renseignement. Il est né à terme et en somme vécut aussi bien que pouvait le faire espérer sa malformation : il pouvait marcher avec l'aide de béquilles, il a grandi normalement et n'a jamais été malade.

Au jour de son entrée à l'hôpital, son état général était profondément atteint, il était amaigri, fébricitant, sa langue était rôtie, son facies angoissé.

La région hypogastrique est occupée par une tumeur à surface mamelonnée, à fond rougeâtre, recouverte par places d'une mince couche sphacélée, et grosse comme une moitié d'orange. Elle est réductible, mais se reproduit dès que la pression cesse; elle saille au moment des efforts. A la périphérie un liseré d'aspect cicatriciel marque le passage de la muqueuse vésicale à la peau. L'ombilic est absent.

Au niveau du pôle inférieur se trouve le pénis, court, large, aplati de haut en bas, creusé d'une gouttière supérieure en continuité avec la muqueuse vésicale et qui représente évidemment l'urètre. Au-dessous du gland bifide pend un tablier préputial très développé. En examinant de plus près la partie inférieure de la tumeur, on distingue les deux méats urétéraux très rapprochés et desquels à chaque excitation de la muqueuse vésicale on voit jaillir l'urine en une petite éjaculation.

Il n'y a qu'un rudiment de scrotum qui est inhabité. On ne retrouve pas à la palpation trace des testicules qui existent sûrement, car les caractères sexuels secondaires sont au complet et la sécrétion interne de ces organes n'est évidemment pas abolie.

Les deux pubis semblent, à la palpation, écartés l'un de l'autre d'environ 4 centimètres.

Le malade a été emporté par la pyélonéphrite.

Observation II

(Due à l'obligeance de MM. Euzière et Delord. — Communiquée à la Société de Biologie de Montpellier.)

Hôpital de Nimes, infirmerie, lit n° 7. Claude N..., 61 ans.

Entré à l'infirmerie le 10 juin 1911, à 6 heures du soir. Son état cachectique, son air misérable le font admettre d'urgence, ses vêtements sont souillés d'urines et de matières fécales et comme saupoudrés de sciure de bois. Interrogé, il se déclare patron charretier, malade depuis quelques jours ; à la charge des siens, à cause de son infirmité, il est venu pour se faire hospitaliser. Il urine sans cesse, aussi couchait-il sur un lit de sciure de bois destinée à absorber l'urine. Il est marié et père d'une fille (?) âgée actuellement de 20 ans, mariée elle-même.

Il n'a jamais fait de maladie, n'a jamais ressenti aucun malaise, la malformation congénitale dont il est affligé n'a jamais entravé sa vie. Il n'en a jamais souffert : l'urinal en caoutchouc qu'il porte continuellement retenait parfaitement toute l'urine. Charretier de son métier, il a toute sa vie fait un travail de force, sans aucune fatigue ; il buvait journellement de 4 à 5 litres de vin. Depuis une huitaine de jours, à la suite d'un refroidissement il a été obligé de garder le lit, il tousse, il crache, présente une dyspnée assez intense.

Amaigrissement notable.

Température : 38°4. Pouls : 104.

Examen direct : L'état général est celui d'un malade fortement cachectique, les espaces sus et sous-claviculaires sont profondément marqués. A la région cervicale antérieure les sterno-mastoïdiens délimitent une dépression profonde où le larynx évolue à chaque inspiration. Il y a du tirage sus-sternal. Les côtes sont saillantes, les espaces interscostaux sont déprimés, l'abdomen est légèrement tendu, à la percussion on obtient du tympanisme dans la région sus-ombilicale, alors que dans les flancs on trouve de la matité. Pas de sensation de flot. Le foie est petit, caché sous les côtes, pas douloureux.

L'ombilic est effacé et se trouve déjeté à gauche de la ligne médiane, de plus il est abaissé. A deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, se trouve une dépression en cupule, ovalaire, à grand axe transversal. Ses dimensions dépassent celles d'une cuiller à soupe. A ce niveau, le revêtement cutané s'arrête, continué insensiblement par une surface muqueuse en voie de dégénérescence. Il semble qu'il y ait par endroits prolifération de la muqueuse, les malformations papilliformes ont une teinte jaune-verdâtre, et par places sont le siège de petites ulcérations.

Aux extrémités du grand diamètre transversal, par deux petits orifices cachés dans les productions néoformées, on voit sourdre par petites éjaculations un liquide jaune citrin qui n'est autre chose que l'urine.

Il s'agit donc d'un cas d'exstrophie de la vessie dans lequel cette dernière n'est représentée que par la portion postéro-inférieure de l'organe.

A l'aide de coton stérilisé on a prélevé une petite quantité d'urine, l'analyse n'y a rien révélé d'anormal.

Au-dessous de la muqueuse vésicale, sur la ligne médiane se trouve une verge diminuée de longueur, présen-

tant le type de l'épispadias complet. Les deux corps caverneux courts, séparés l'un de l'autre par une gouttière (urètre), sont terminés par deux moitiés de gland dont ils sont séparés par une couronne très nette.

Au-dessous se trouvent les bourses normalement conformées, mises en rapport à droite et à gauche avec deux tumeurs fusiformes dans lesquelles on note la présence de liquide. Les bourses contiennent chacune un testicule que l'on peut faire passer par simple pression dans la tumeur fusiforme voisine. Celles-ci ne sont pas constituées par une hernie inguinale double ; on y perçoit aisément la sensation de flot, elles sont mates sur toute leur étendue, elles sont de plus facilement réductibles. Il semble que l'on soit en présence d'une hydrocèle congénitale double.

Les membres inférieurs sont fortement amaigris.

Du côté osseux on note une légère scoliose dorsale droite, une lordose dorso-lombaire et une légère cyphose lombo-sacrée.

Le bassin est en forte antéversion, les os iliaques semblent écartés sur la ligne médiane. Le diamètre bis-iliaque antérieur est agrandi ; le bassin est de plus en latéro-version droite.

L'examen de l'appareil pulmonaire nous a révélé la présence d'une congestion pulmonaire gauche qui a emporté le malade.

Rien au cœur. Artères dures, hypertendues.

De plus en plus cachectique, le malade mourut le 17 juin 1911.

L'autopsie ne put être pratiquée.

Les observations que l'on vient de lire sont intéressantes à plus d'un titre, la deuxième surtout ; et, comme nous le disions en commençant, il est tout naturel de se demander quels avantages ces malades auraient pu retirer d'une intervention chirurgicale. D'une façon plus générale, la question peut être ainsi posée : en présence d'une exstrophie de la vessie, doit-on, escomptant une évolution aussi favorable, s'abstenir ? ou au contraire faut-il systématiquement opérer ? Nous croyons cette deuxième attitude plus rationnelle, nous allons essayer de voir pourquoi.

1° Nos deux malades ont vécu assez longtemps malgré leur exstrophie, l'un d'eux a même, et ce n'est pas le côté le moins intéressant de son histoire, échappé à la pyélonéphrite, malgré son alcoolisme. Mais en est-il souvent ainsi ?

Non. Sur 91 exstrophiés Vigneau signale 10 décès de dix à vingt ans, 15 de vingt à quarante, 5 de quarante à cinquante, 1 à soixante-dix ans. On a prétendu que les 9/10 des enfants atteints de cette affection meurent (Neudörfer).

2° Mais la survie n'est pas tout. Dans quelles conditions se réalise-t-elle ? Si l'un de nos deux malades, et non certes le moins favorisé, a pu s'offrir les douceurs d'un foyer, s'il a pu goûter aux joies de la paternité (il en a eu tout au moins l'illusion), s'il a pu non seulement travailler, mais faire un travail fatigant, l'autre marchait avec des béquilles. En réalité ces gens-là sont des infirmes et ils sont atteints d'une infirmité particulièrement dégradante.

Parmi les malformations, c'est l'une des plus terribles ;

elle équivaut presque à une monstruosité. La vie est pour ces malades d'une complexité vraiment affligeante, et ses moindres actes deviennent de véritables problèmes. Ne pouvant prétendre au lit ordinaire, ils doivent se contenter de paille, que l'on sera obligé de changer tous les jours. Les « grabataires » de nos services hospitaliers ne sont pas plus mal partagés. Pour l'habillement, la propreté, que de difficultés! Voilà pour le côté matériel; le côté moral est peut-être plus pénible encore.

Si, comme l'a dit Vigny, « la vie est un rêve de jeunesse réalisé dans l'âge mûr », que sera-t-elle pour ces gens à qui tout rêve est interdit? L'homme est fait pour vivre en société, mais pour l'exstrophié la vie de famille elle-même n'est possible que grâce à un dévouement continu de la part des parents.

Nous avons connu pendant notre enfance, dans notre petit village, un exstrophié, arrivé du reste à l'âge adulte. Oisif par nécessité, à la charge des siens, toujours revêtu d'une longue blouse sale, il traînait une vie lamentable, objet de répulsion pour les grandes personnes et de terreur pour nous autres.

Ces considérations ne militent-elles pas fortement en faveur de l'intervention chirurgicale?

L'idéal, comme toujours d'ailleurs, serait de pouvoir guérir, ou tout au moins améliorer sensiblement ces malades, en leur faisant courir le minimum de risques. Jusqu'à quel point peut-il être réalisé?

Les méthodes autoplastiques ont le gros avantage d'une bénignité absolue, malheureusement les résultats en sont assez minimes: l'incontinence d'urine persiste, le danger d'infection également. Un seul point est acquis, la muqueuse vésicale si irritable est abritée et le port d'un appareil facilité. Ne peut-on faire mieux?

La méthode de suture directe des marges de la vessie, dont la gravité est grande, n'atteint pas le but poursuivi, qui est de refaire une vessie continente.

Reste la méthode de dérivation des urines, et là le procédé de Maydl, modifié (technique extra-péritonéale), semble le plus recommandable. Il n'est pas dépourvu de gravité, puisque la mortalité atteint encore 11 p. 100, d'après Buchanan, mais cela est compensé dans une certaine mesure par les résultats. Les urines sont recueillies dans le rectum, qui les retient jusqu'à ce que le malade éprouve le besoin d'aller à la garde-robe, c'est-à-dire plus ou moins longtemps, mais enfin, il les retient. On peut se demander si cette continence du rectum ne finira pas par être elle-même vaincue. En général cela ne se produit pas, le fait a pourtant été signalé une fois. Quant à l'infection rénale ascendante, nous l'avons vu, elle ne se produit pas aussi facilement qu'on pourrait le craindre.

Mais il ne sera pas toujours facile d'opérer sans intéresser la séreuse et l'on sera obligé de recourir à l'opération de Maydl plus souvent qu'on ne le voudrait. La mortalité atteint ici 30 p. 100.

Cette gravité opératoire, il faut l'avouer, n'est pas négligeable; mais si l'on considère que l'exstrophie abandonnée à elle-même est d'un pronostic sombre, que les exstrophiés vivent dans des conditions misérables, on ne pourra que reconnaître que, pour les améliorer, on est autorisé à les soumettre à cette méthode de traitement qui, si elle ne donne pas des résultats parfaits, en donne de fort acceptables.

CONCLUSIONS

I. — L'exstrophie de la vessie, abandonnée à elle-même, est une affection à pronostic sévère. L'infection rénale se produit fatalement et tue le malade dans un délai relativement court. C'est la règle que de rares exceptions ne font que confirmer.

II. — Les exstrophiés sont de véritables infirmes. Pour les soulager on est autorisé à employer des procédés opératoires, même non dénués de gravité immédiate.

III. — L'opération de Maydl modifiée (technique extra-péritonéale) semble la plus recommandable. En fait, on sera obligé souvent de se contenter de pratiquer l'opération de Maydl tout court.

IV. — Lorsqu'on voudra, se contentant de résultats moins bons, éviter toute mortalité opératoire, on pourra employer l'autoplastie muqueuse, ou faire la transplantation pénienne des uretères (opération de Rocher).

BIBLIOGRAPHIE

Albarran. — Médecine opératoire des voies urinaires (Paris, 1909).

Berg.—The surgical treatment of exstrophy of the urinary bladder (British med. Journal, 1900, p. 1169).

Buchanan. — Implantation intra-rectale des uretères par voie extra-péritonéale (Surgery, gynæcology and obstetric, 1909, vol. VIII, p. 146-155).

Daneel. — Beiträge zur klin. Chir., 1909, p. 530-576.

Devilleneuve. — Journ. de méd. chir. et pharm., 1767, p. 26.

Delagenière. — Rev. de chir., 1900, p. 413.

Duplay. — Du traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie (Arch gén. de méd., t. II, 1894, 3e série, p. 322).

Euzière et Delord. — Bulletin de la Société des sciences biologiques de Montpellier, 1913-1914, p. 254.

— Bulletin de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen, t. II, fascicule II, mars-avril 1920, p. 224.

Klein. — Arch. für Gynæk., Bd XLIII, 1893, p. 349.

Katz. — Traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie (Thèse de Paris, 1903).

Lacaze-Duthiers. — Thèse de Paris, 1891.

Legueu et Michon. — Nouveau traité de chirurgie publié sous la direction de Le Dentu et Delbet, t. XXX, p. 23 à 50.

Maydl. — Wien. med. Wochenschr., 1894, n° 31, p. 1114; 1896, n° 31, p. 1374.

Neudörfer. — Fortschritte der Med., Bd IV, 1886, p. 255.

Peters. — British med. Journ., 1901, p. 1538.

Passavant. — Arch. für klin. Chir., Bd XXXIV, 1886, p. 463.

Pousson. — Traitement de l'exstrophie de la vessie (Ann. des mal. des org. génito-urin., 1889, et Ann. des mal. des org. génito-urin., février 1896, p. 103.

Pozzi. — Note sur un cas d'exstrophie de la vessie et sur une modification de la méthode autoplastique (Ann. des mal. des org. génito-urin., 5 janv. 1897, p. 18 à 37).

Richelot. — Bull. et Mém. de la Soc. de chir. (Séance du 18 juillet 1894).

Roux (Jules). — Union méd., 1853, p. 454.

Schlange. — Verhandl. der deutschen Gesellsch. f. Chir., 4 avril 1891.

Segond (Paul). — Nouveau procédé opératoire applicable au traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie (Ann. des mal. des org. génito-urin., 1890, p. 193).

Sequeira. — Journ. of anatomy, vol. XXX, 1886, p. 362.

Sonnenburg. — Arch. für klin. Chir., 1882.

Trendelenburg. — Centralbl. für Chir., 1885, p. 857.

Tuffier. — Traité de chir. publié sous la direction de Duplay et Reclus, t. VII, p. 691.

Vigneau. — Thèse de Montpellier, 1860.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 4 décembre 1920.
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 3 décembre 1920.
Le Doyen,
E. DERRIEN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!